



**Ficha de Registro**

Fecha: \_\_\_\_\_

No. de Expediente: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: *(llenar de acuerdo al IFE y/o acta de Nacimiento)*

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_

Sexo: F  M  Edad: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: Soltero  Casado  Otro: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Teléfono: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle No.

Colonia \_\_\_\_\_ Delegación o Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Entidad Federativa \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Idioma o Lengua: \_\_\_\_\_

¿Está usted asegurado? IMSS  ISSSTE  Ninguno  Otro: \_\_\_\_\_

Familiar Responsable: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Referido por Institución de Salud: SI  NO  Cual? \_\_\_\_\_



Dirección de Servicios Clínicos.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO.

De conformidad con el artículo 27 de la LGPDPSO.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Mufiz, es la entidad responsable del tratamiento, uso y protección de sus datos personales proporcionados.

El tratamiento de los datos personales recabados, tiene como finalidad proporcionar atención médica especializada, oportuna y adecuada en materia de psiquiatría, salud mental y adicciones; así como la prestación del servicio en Consulta Externa, Atención Psiquiátrica Continua (en horarios y días no hábiles) y en el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares, siempre observando, respetando y cumpliendo con los principios de licitud, finalidad, lealtad, consentimiento, calidad, proporcionalidad, información, y responsabilidad en el tratamiento de sus datos personales.

Este H. Instituto no transferirá sus datos personales a terceros, salvo en cumplimiento a requerimientos por otras autoridades y de acuerdo a ley aplicable.

Como titular de datos personales, usted podrá ejercer el Derecho A.R.C.O. (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición) al tratamiento de sus datos personales proporcionados, ya sea para la finalidad o transferencia antes mencionada, por lo que en caso de manifestar su negativa para el tratamiento de los mismos, lo podrá hacer a través de la cuenta de correo electrónico: [uenlace@imp.edu.mx](mailto:uenlace@imp.edu.mx)

De igual manera, como titular de los datos personales, en caso de fallecimiento, expresa fehacientemente que es su voluntad nombrar a (el/la) C. \_\_\_\_\_ quien podrá ejercer el Derecho A.R.C.O (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición) sobre sus datos personales.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Mufiz, protegerá sus datos personales proporcionados contra daño, pérdida, alteración, destrucción o el uso, accesos o tratamiento no autorizado y serán tratados para los fines que fueron recabados.

Finalmente, se le hace de su conocimiento que si desea conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral, lo podrá consultar en nuestra página institucional: [http://inprf.gob.mx/transparencia/archivos/dsc AP\\_integral.pdf](http://inprf.gob.mx/transparencia/archivos/dsc_AP_integral.pdf)

Acepto

Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Titular de los  
Datos personales